

COMPLAINANT CONSENT / RELEASE

Children and Families
DCF-F-157

Health Services
F-00167

Workforce Development
DETS-16708-E (R. 12/1/2013)

Complainant's Name		Date Completed	
Address		City	State Zip Code
Telephone Number	Cell Phone Number	Email Address	

Program(s) for which this Consent / Release form applies

Please read the information below, initial the appropriate space, sign and date this form.

I have read the Notice of Investigatory Uses of Personal Information by DCF, DHS or DWD. As a complainant, I understand that in the course of a preliminary inquiry or investigation it may become necessary for DCF, DHS or DWD to reveal my identity to persons at the organization or institution under investigation. I am also aware of the obligations of DCF, DHS or DWD to honor requests under the Freedom of Information Act. I understand that it might be necessary for DCF, DHS or DWD to disclose information, including personally identifying details, which it has gathered as a part of its preliminary inquiry or investigation of my complaint. In addition, I understand that, as a complainant, I am protected by federal regulations from intimidation or retaliation for having taken action or participated in an action to secure rights protected by nondiscrimination statutes enforced by the federal government.

CONSENT / RELEASE

CONSENT GRANTED - I have read and understand the above information and authorize DCF, DHS or DWD to reveal my identity to persons at the organization or institution under investigation and to other federal agencies that provide federal financial assistance to the organization or institution or also have civil rights compliance oversight responsibilities that cover that organization or institution. I hereby authorize DCF, DHS or DWD to receive material and information about me pertinent to the investigation of my complaint. This release includes, but is not limited to, applications, case files, personal records, and/or medical records. I understand that the material and information will be used for authorized civil rights compliance and enforcement activities. I further understand that I am not required to authorize this release, and I do so voluntarily. Place your Initials on this line if you give consent: (Initials).

CONSENT DENIED - I have read and understand the information and do not want DCF, DHS or DWD to reveal my identity to the organization or institution under investigation, or to review, receive copies of, or discuss material and consent information about me, pertinent to the investigation of my complaint. I understand that this is likely to make the investigation of my complaint and getting all the facts more difficult and, in some cases, impossible, and may result in the investigation being closed. Place your Initials on this line if you do not give consent: (Initials).

SIGNATURE - Complainant or Complainant Representative	Date Signed (mm/dd/yyyy)
---	--------------------------

Appendix J

**CONSENTIMIENTO DE QUEJA / FORMULARIO DE DIVULGACIÓN
COMPLAINANT CONSENT / RELEASE FORM**

Nombre del Demandante		Fecha (mes/día/año)	
Dirección		Ciudad	Estado
Número de Teléfono () - () -	Número de Celular	Dirección de Correo Eletrónico (Email)	

Programa(s) para el que el Formulario de Consentimiento/Divulgación aplica

Por favor, lea la siguiente información, ponga sus iniciales en el espacio apropiado, firme y feche este formulario.

He leído el Aviso sobre los Usos de la Investigación de Información Personal de DCF, DHS o DWD. Como demandante, entiendo que en el curso de la indagación o investigación preliminar puede ser necesario para DCF, DHS o DWD revelar mi identidad a personas en la organización o institución bajo investigación. También estoy consciente de la obligación que tienen DCF, DHF o DWD para honrar peticiones en virtud de la Ley de la Libertad de Información (*Freedom of Information Act*). Entiendo que podría ser necesario que DCF, DHS o DWD divulgue información, incluyendo los detalles de identificación personal que hayan sido reunidos como parte de la indagación o investigación preliminar de mi queja. Además, entiendo que, como demandante, estoy protegido por regulaciones federales de intimidación y represalia por haber tomado o participado en una acción para garantizar los derechos protegidos por las leyes de no discriminación impuestas por el gobierno federal.

CONSENTIMIENTO / DIVULGACIÓN

AUTORIZACIÓN CONCEDIDA - He leído y entendido la información anterior y autorizo a DCF, DHS o DWD a revelar mi identidad a las personas en la organización o institución bajo investigación y a otras agencias federales que proporcionan ayuda financiera federal a la organización o institución o que también reciben supervisión del cumplimiento de los derechos civiles que cubren dicha organización o institución. Yo autorizo a DCF, DHS o DWD a recibir material e información sobre mí pertinente a la investigación de mi queja. Esto incluye, pero no está limitado a, aplicaciones, archivos, registros personales, y / o registros médicos. Yo entiendo que el material y la información se utilizarán para el cumplimiento de los derechos civiles autorizados y las actividades de aplicación. Además, entiendo que no estoy obligado a autorizar este comunicado, y lo hago de forma voluntaria. Ponga sus iniciales en esta línea si usted da su consentimiento: _____ (*Iniciales*).

CONSENTIMIENTO NEGADO - He leído y entendido la información y no quiero que DCF, DHS o DWD revele mi identidad a la organización o institución bajo investigación, o que revisen, reciban copias o discutan material e información de consentimiento relacionado conmigo, relativos a la investigación sobre mi queja. Entiendo que es probable que esto haga la investigación sobre mi queja y obtener todos los hechos más difícil y, en algunos casos, imposible, y puede resultar en el cierre de la investigación. Ponga sus iniciales en esta línea si usted no da su consentimiento: _____ (*Iniciales*).

FIRMA del Demandante o Representante del Demandante	Fecha de la Firma (mes/día/año)
---	---------------------------------

Children and Families
DCF-F-157S

Health Services
F-00167S (12/2013)

Workforce Development
DETS-16708S-E

TUS TSIS TXAUS SIAB DAIM NTAWV TSO CAI
COMPLAINANT CONSENT/RELEASE FORM

Tus Tsis Txaus Siab Lub Npe:		Hnub Tim (mm/dd/yyyy)	
Chaw Nyob:		Lub Zos:	Xeev
Xov Tooj () -	Cell Xov Tooj () -	Email Chaw Nyob	

Cov Kev Pab Cuam Uas Daim Ntawv Tso Cai No Hais Txog (Program(s) for which this Consent/Release Form apply)

Thov nyeem cov lus hauv qab no, kos npe thiab sau hnub kos npe rau ntawm qhov chaw luag kom sau.

Kuv tau twm Daim Ntawv Ceeb Toom (Notice of Investigatory Uses of Personal Information by DCF, DHS or DWD). Kuv tus tsis txaus siab, kuv to taub tias thaum lub sij hawm luag tshawb nug txog qhov teeb meem kuv tsis txaus siab ntawd, DCF, DHS los yog DWD yuav tau qhia kuv tus kheej rau cov neeg los yog cov chaw uas kuv tau muaj lus tsis txaus siab rau lawv. Kuv paub tias DCF, DHS los yog DWD yuav hwm thiab ua raws li txoj cai Freedom of Information Act. Kuv to taub tias DCF, DHS los yog DWD yuav tau qhia txog kuv tus kheej kom paub tseeb tias kuv yog leej twg rau lawv txoj hauj lwm tshawb nrhiav txog qhov teeb meem kuv tsis txaus siab. Ntxiv rau qhov no, kuv tus tsis txaus siab, kuv to taub tias muaj tsoom fwv teb chaws cov cai pab tiv thaiv kuv kom kuv txhob rau luag hem los yog raug luag ua phem pauj txiaj ntsim rau qhov uas kuv tau ua daim ntawv tsis txaus siab no.

TSO CAI (CONSENT / RELEASE)

TSO CAI (CONSENT GRANTED) – Kuv tau nyeem thiab to taub cov lus hais saum toj no thiab tso cai rau DCF, DHS los yog DWD muab kuv npe qhia rau cov neeg los yog cov chaw uas kuv tsis txaus siab lub sij hawm lawv mus tshawb nrhiav txog qhov teeb meem no thiab muab qhia rau tsoom fwv teb chaws cov chaw khiav hauj lwm uas tau muab nyiaj txiag tuaj pab rau cov chaw no khiav hauj lwm thiab muaj cai tsom kwm taug qab kom lawv ua hauj lwm pab sawv daws raws li tsoom fwv cov cai. Kuv tseem tso cai rau DCF, DHS los yog DWD txais tau tej ntaub ntawv hais txog kuv tus kheej thaum lub sij hawm tshawb nrhiav txog qhov teeb meem kuv tsis txaus siab no thiab. Tej ntaub ntawv muab tso tawm txog kuv tus kheej no kuj muaj xws li cov ntawv kuv tau ua thov kev pab, tej ntaub ntawv luag khaws cia txog kuv tus kheej. Kuv to taub tias cov ntaub ntawv qhia txog kuv tus kheej no yuav muab siv mus rau cov hauj lwm ntsig txog neeg cov cai thiab kev tswj kom ua raws li neeg cov cai (civil rights compliance and enforcement activities.) Kuv tseem to taub ntxiv tias tsis muaj leej twg yuam kom kuv tso cai li no. Qhov no yog kuv ua raws li kuv siab yeem xwb.

Thov muab tus ntaww sau koj lub npe tso rau ntawm no yog koj tso cai: _____ (*Initials*).

TSIS KAM TSO CAI (CONSENT DENIED) – Kuv tau nyeem thiab to taub cov lus hais thiab kuv tsis xav kom DCF, DHS los yog DWD muab kuv npe qhia rau qhov chaw uas kuv tsis txaus siab rau lub sij hawm lawv mus tshawb nrhiav txog qhov teeb meem no. Tsis tas li no kuv tsis xav kom qhov chaw tau txais tej ntaub ntawv hais txog kuv tus kheej, muab kuv tej ntaub ntawv coj mus xyuas los yog coj mus sib tham txog qhov kuv tsis txaus siab. Kuv to tau tias qhov kuv tsis tso cai no yuav ua rau kev tshawb nrhiav txog qhov teeb meem kuv tsis txaus siab mus nyuaj thiab tej zaum kuv yuav mus tsis taus, thiab thaum kawg kuj yuav cia li muab kuv qhov teeb meem tsis txaus siab kaw tseg cia xwb los muaj. Thov muab tus ntaww sau koj lub npe tso rau ntawm no yog koj tsis kam tso cai: _____ (*Initials*).

Tus Neeg Tsis Txaus Siab los yog nws Tus Sawv Cev Kos Npe	Hnub Kos Npe (mm/dd/yyyy)
---	---------------------------

Children and Families DCF-F-157H	Health Services F-00167H (12/2013)	Workforce Development DETS-16708H-E
-------------------------------------	---------------------------------------	--